FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle S.-L. CELNIK

Née à Kischineff le 6 août 1881

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

SUR LA

VARICELLE HÉMORRAGIQUE

Président : M. RECLUS, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, rue Racine, 15

—

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

A MES PARENTS

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS
MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

Dans les services desquels
nous avons appris les premières notions
de chirurgie et d'auscultation

Stages hospitaliers

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY
MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU
MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY
MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER
MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO
MONSIEUR LE DOCTEUR MAGAIGNE

Stage obstétrical

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

A MES AUTRES MAITRES

M. LE DOCTEUR PIERRE DUVAL
MONSIEUR LE DOCTEUR CIVATTE

SUR LA

VARICELLE HÉMORRAGIQUE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le Dr Hudelo, un cas de varicelle hémorragique à l'hôpital Tenon.

Quelques mois après, dans le service de M. le Dr Caussade, se trouvait un malade atteint d'une affection que nous croyons pouvoir faire entrer dans le cadre de la varicelle hémorragique.

Nous publierons ces deux observations.

Il s'agit là de faits rares, et intéressants par leur rareté même, du moins chez l'adulte. Notre maître, M. Hudelo, nous conseilla de faire de la varicelle hémorragique le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre complètement la question ; mais il nous a semblé intéressant de publier ces deux observations et de les rapprocher d'observations analogues. Nous avons, à ce propos, rappelé l'histoire générale de la varicelle,

recherché la pathogénie de l'hémorragie et l'explication qu'on peut donner de cas semblables.

Si la question de la pathogénie de la varicelle hémorragique reste un peu obscure, nous pensons tout au moins que, cliniquement, on peut tirer de ces quelques observations des conclusions utiles au point de vue pronostic.

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons remercier ici tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, leur dire combien nous leur sommes reconnaissante de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait dans leur service et des conseils qu'ils nous ont prodigués.

Nous sommes heureuse de remercier tout particulièrement M. le Dr Hudelo qui nous a dirigée dans ce travail, et M. le Dr Caussade qui a bien voulu nous permettre d'observer le malade de son service dont nous publions l'observation.

Nous remercions également M. le Dr Mallein qui, par ses conseils, nous a beaucoup aidée dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La varicelle, maladie infectieuse et contagieuse, fut pendant longtemps confondue avec la variole.

Pour Thompson, la varicelle n'est que la variole modifiée. D'après lui, cette fièvre éruptive peut se présenter sous trois formes : 1° La variole, avec ses prodromes et ses symptômes généraux graves ; 2° La varioloïde, qui n'est qu'une atténuation de la précédente ; 3° La varicelle, qui est un degré encore moindre de la variole, une varioloïde sans symptômes généraux, mais résultant toujours de l'intoxication de l'organisme par le même poison, le virus variolique.

La varicelle a été séparée de la variole vers la fin du XVIIIe siècle par Rivière, puis par Heberden en 1767, et enfin par Desoteux et Valentin en 1799.

Mais c'est Trousseau qui a nettement séparé la varicelle de la variole et affirmé son autonomie. Cette opinion a été définitivement admise en France.

Il n'en est pas de même à l'étranger où règne encore la théorie de l'unicité de la varicelle, varioloïde et variole.

Hoschinger rapporte le cas d'un enfant qui contracta la varicelle à l'école où sévissait une épidémie

de cette affection; la mère fut atteinte de variole douze jours après le début de l'éruption chez son fils ; en même temps, un frère plus âgé présentait une éruption de varicelle. Or, à ce moment, aucune épidémie de variole ne régnait dans la ville.

Pour Talamon, varicelle, vaccine, varioloïde, variole, ne seraient que les formes différentes d'une même maladie, les effets d'un même virus ou d'un même micro-organisme, modifié, atténué ou exalté par des passages successifs de l'animal à l'homme et de l'homme à l'animal.

Cet auteur a eu l'occasion d'observer lui-même et de recueillir quatre observations de varicelle coïncidant avec la revaccination.

L'analyse de ces quatre observations porte M. Talamon à la conclusion suivante : « La varicelle serait à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole. »

Contre cette opinion de M. Talamon s'élève M. Œttinger qui publie l'observation suivante : « Un enfant, non vacciné, atteint de varicelle, présente, douze jours après être entré dans un milieu de varioleux où l'isolement des douteux ne pouvait être que très imparfaitement institué, les premiers symptômes de la variole.

Ce fait, dit Œttinger, joint à celui de Sharkey et à bien d'autres, vint plaider une fois de plus en faveur de la spécificité de la varicelle. Ce n'est qu'un fait, mais, par cela même qu'il est irréfutable, il doit prévaloir contre toutes les hypothèses contraires qu'on pourrait formuler. »

CHAPITRE II

DESCRIPTION

On distingue dans l'évolution de la varicelle quatre périodes : la période d'incubation, d'invasion, d'éruption et de dessication.

La durée de l'incubation est variable suivant les auteurs : quatorze jours pour Talamon, quatorze à quinze jours pour Gehrardt, seize jours d'après H. Barth. La période d'incubation est suivie d'un ensemble de symptômes qui passent souvent inaperçus et qui caractérisent la période d'invasion : un frisson, une petite ascension thermique, du malaise, de la courbature, de l'anorexie.

Quelquefois, le début est plus bruyant, et la fièvre monte à 39, 39,5, 40 degrés.

Au bout de quarante-huit heures apparaît l'éruption, c'est-à-dire la troisième période. L'éruption peut se produire sur tous les points du corps. L'élément caractéristique de cette éruption est constitué d'abord par une macule, puis par une papule, enfin par une vésicule. On voit apparaître, sur différentes parties du corps, des taches arrondies, rouges ; ces taches se surélèvent, deviennent légè-

rement saillantes, et forment la papule qui, à son tour, se transforme en vésicule.

La vésicule, élément essentiel et caractéristique de la varicelle, présente les dimensions d'un pois ou d'une lentille, de forme régulièrement arrondie, ou ovalaire, de limites nettes ; elle est entourée d'un cercle rouge inflammatoire. Cette vésicule contient un liquide absolument clair d'abord, qui devient louche ensuite : la vésicule est devenu pustule.

Le troisième jour, la vésicule commence à se dessécher ; elle se recouvre d'une croûte noire, adhérente, siégeant à son sommet, et qui commence à tomber à partir du cinquième jour. La croûte laisse après sa chute une légère cicatrice blanche qui ne tarde pas à disparaître ; mais, s'il reste quelquefois une cicatrice indélébile, elle est due aux lésions de grattage.

L'éruption de la varicelle ne se fait pas d'un seul coup ; elle se fait par poussées successives : de sorte qu'on trouve des éléments de plusieurs générations.

La varicelle hémorragique n'est qu'une forme modifiée de la varicelle ordinaire.

Il existe plusieurs types de varicelle hémorragique. « Dans la varicelle purpurique, dit M. Guinon, les zones périvésiculaires prennent une teinte echymotique, ce qui s'explique par une maladie troublant l'hématose, comme la coqueluche. Cette dénomination de purpurique ne s'applique d'ailleurs qu'à l'éruption, la maladie conservant sa bénignité. »

Nous voulons bien adopter l'opinion de M. Guinon,

sauf peut-être en ce qui concerne la bénignité ; car, d'après les observations que nous avons recueillies, nous voyons que cette variété de varicelle résulte des conditions toutes particulières dans lesquelles se trouvent les individus chez lesquels elle se développe, et du terrain sur lequel elle évolue.

Chez notre malade (obs. I), le contenu des vésicules est hémorragique avec zones rouges périvésiculaires.

Dans la thèse de M. Marie se trouve une observation où apparaît une varicelle chez un enfant en convalescence d'une maladie de Werlhoff et présentant par ailleurs des phénomènes d'infection (entérite, broncho-pneumonie). Rien d'étonnant à ce que, chez lui, l'affection ait présenté des allures spéciales en relation avec son état antérieur.

Mais, dans cette observation, ce ne sont pas seulement les zones périvésiculaires qui ont pris une teinte ecchymotique ; il y a eu également hémorragie dans un grand nombre de vésicules qui prirent par suite une coloration violet-noirâtre. Les croûtes conservèrent une couleur noire et laissèrent après elles des macules violettes qui ne disparurent que très lentement. La terminaison fut la guérison, aussi rapide que dans une varicelle ordinaire.

En analysant un certain nombre d'observations que nous avons pu recueillir, nous voyons que la varicelle hémorragique évolue différemment suivant le terrain et l'état antérieur du malade.

Tel hémophile (obs. V), tel tuberculeux (obs. X)

fera une varicelle hémorragique grave avec tous ses symptômes alarmants ; tel autre, sans tare antérieure, fera une varicelle normale et guérira vite, comme c'est le cas pour notre malade de Tenon.

Tout cela nous conduit à considérer, dans l'évolution de la varicelle hémorragique, deux formes comme évolution et éruption :

1° Varicelle à élément éruptif hémorragique, forme bénigne.

2° Varicelle hémorragique compliquée :

a) D'ecchymoses, forme moins bénigne ;

b) D'hémorragies multiples, forme grave.

La varicelle hémorragique simple évolue comme une varicelle ordinaire, avec symptômes généraux atténués ou nuls. Comme exemple de cette forme, nous pouvons citer notre malade de Tenon, qui a pu continuer son travail jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

Notre observation II en est un autre exemple.

Quelle conclusion peut-on tirer de ces deux observations ? C'est qu'une varicelle hémorragique chez un sujet normal évolue normalement, sans complications.

Il n'en est pas de même dans la seconde forme.

Cette forme de varicelle hémorragique se distingue de la précédente par ses symptômes et la morphologie de l'éruption. On remarque des cercles ecchymotiques autour des vésicules à contenu hémorragique, et des taches ecchymotiques disséminées sur différentes

parties du corps (obs. III). Il y a hémorragies sur différentes muqueuses, gencives fongueuses et saignantes, épistaxis, hématurie quelquefois et même du melœna.

L'état général est très touché ; la température est beaucoup plus élevée; il y a alors céphalée,anorexie, vomissements, diarrhée, affaiblissement, prostration, et parfois perte de connaissance. Le pouls est faible, la respiration, superficielle. Ce tableau peut quelquefois s'améliorer et se terminer par la guérison ; mais, au point de vue du pronostic, il y a un autre facteur qui intervient, c'est le terrain sur lequel s'est développée une varicelle hémorragique ; le pronostic de l'affection peut en être aggravé, et la mort en être la conséquence.

Nous le verrons tout à l'heure dans les observations VII et X : Enfant tuberculeux, varicelle hémorragique grave et mort rapide. Enfant atteint de gastro-entérite, varicelle grave et mort.

M. Comby cite un cas de ce genre : père diabétique et mère tuberculeuse, l'enfant fait une varicelle hémorragique et meurt le septième jour.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la varicelle hémorragique doit se faire sur les mêmes symptômes que celui de la varicelle ordinaire.

Les hémorragies peuvent être ou des hémorragies des différentes muqueuses et des différents viscères, des pétéchies et des ecchymoses disséminées sur la surface cutanée, ou bien encore et seulement des hémorragies localisées à l'intérieur des vésicules. Si l'on veut bien, dans ces deux types de varicelle hémorragique, faire un instant abstraction de l'élément hémorragique lui-même, on se trouvera en présence d'une éruption vésiculo-bulleuse, se faisant par poussées successives, et dans laquelle on pourra, par suite, rencontrer des éléments éruptifs à différents âges de leur évolution.

Ces caractères suffisent presque pour permettre de poser le diagnostic positif de varicelle.

Nous n'avons pas parlé, dans ce diagnostic positif, de l'élément hémorragique, ni des symptômes généraux. Il résulte des observations mêmes que nous publions, que deux sortes de types morbides peuvent se présenter en clinique.

Dans un premier groupe de faits, les symptômes généraux, réduits à un minimum, sont ceux d'une varicelle vulgaire ; l'éruption est typique, mais le contenu des vésicules est hémorragique : Nous portons le diagnostic de *varicelle à élément éruptif hémorragique*.

Dans un deuxième groupe de faits, les éléments éruptifs sous hémorragiques, comme dans le cas précédent, mais ici, les symptômes généraux sont plus accentués, et des hémorragies se montrent ailleurs que dans les vésicules : Nous portons le diagnostic de *varicelle hémorragique vraie*.

Mais, dans les deux cas, le diagnostic positif de varicelle se fait essentiellement sur le caractère vésiculo-bulleux d'une éruption apparaissant par poussées successives.

Le diagnostic différentiel est, en général, facile. Il ne faudra pas confondre une varicelle hémorragique avec une variole hémorragique. Ces deux affections diffèrent l'une de l'autre par leurs caractères objectifs d'abord.

Dans la varicelle, l'élément éruptif est constitué par une bulle oblongue, à bords légèrement déchiquetés, à liquide clair, transparent ; cette bulle semble infiltrée dans la partie la plus superficielle de la peau, soulevant seulement l'épiderme.

Dans la variole, l'éruption est formée par une papule, puis par une pustule, arrondie, dure, enchâssée profondément dans la peau.

L'éruption varicelleuse se fait par poussées suc-

cessives, de telle sorte que les éléments les plus voisins sont d'âges différents : on trouve des croûtes à côté des bulles transparentes.

Dans la variole, les éléments sont de même âge, au moins dans une même région ; car l'éruption peut être déjà croûteuse à la figure et aux mains, alors qu'elle est encore pustuleuse sur les jambes. Il ne faut pas non plus, à une période plus avancée, considérer comme d'âge différent les éléments croûteux qui se voient à côté d'éléments pustuleux : tous les éléments ne suivent pas complètement leur évolution ; quelques-uns se dessèchent rapidement alors que d'autres se remplissent de pus ou suppurent.

En ce qui concerne l'éruption, il y a encore un signe qui peut aider à différencier une varicelle d'une variole, c'est l'ombilication, signe constant dans la variole, où les éléments s'ombiliquent, soit à la période vésiculeuse (ombilication primitive), soit à la période de dessication (ombilication secondaire). Dans la varicelle, l'ombilication est très rare, et même s'il existe quelques éléments ombiliqués, il y a toujours à côté l'élément caractéristique de la varicelle, la vésicule typique.

La différence entre les deux affections sera encore plus évidente si l'on oppose la fièvre, la rachialgie, les accidents généraux, plus ou moins prononcés suivant qu'il s'agit de la variole ou de la varioloïde, mais existant toujours, à l'absence presque absolue des mêmes symptômes dans la varicelle, qui ne se

manifeste le plus souvent que par son éruption caractéristique.

Comme toute fièvre éruptive, c'est-à-dire comme tout exanthème contagieux et fébrile, la variole ne rédicive presque jamais ; un malade qui a été atteint une fois peut se considérer comme à l'abri désormais de cette maladie, même de sa forme atténuée, la varioloïde.

La varicelle ne jouit pas de l'immunité.

On connaît, à côté de la propagation terrible de la variole par voie de contact, la préservation que l'on en peut obtenir par l'inoculation du virus variolique lui-même, ou d'une maladie probablement semblable, la vaccine.

Sur un individu qui vient d'être vacciné, ou même qui présente encore les boutons pustuleux de l'inoculation, on peut observer la varicelle ; de même, sur un individu atteint de varicelle, ou récemment guéri, on peut vacciner sans crainte, et l'inoculation prendra.

C'est ce que nous avons observé chez notre malade de Tenon ; vacciné le sixième jour après son entrée à l'hôpital, le résultat fut positif.

La varicelle hémorragique frappe surtout les sujets de vingt à vingt-cinq ans, et les individus débilités.

La varicelle est plus fréquente dans l'enfance ; chez l'adulte, la varicelle hémorragique est une rareté clinique ; et c'est pourquoi nous sommes si heureuse d'avoir eu la chance d'observer deux cas de

varicelle hémorragique chez l'adulte dans l'espace de trois à quatre mois.

La varicelle hémorragique mène à la mort certaine.

La varicelle hémorragique est, par elle-même, une maladie bénigne, et si la mort survient parfois, c'est ou par une complication, ou quand la varicelle s'est développée sur un terrain mauvais.

D'après les travaux récents, l'examen du sang pourrait servir aussi à distinguer une varicelle d'une variole.

MM. Weil et Decos donnent le tableau suivant des formules hémo-leucocytaires de ces deux affections :

	Variole	Varicelle
Hématies.....	Nombre moindre Hématies nuclées	Etat normal
Leucocytes.....	Hyperleucocytose	Etat normal
Polynucléaires .	Hypopolynucléose	Etat normal ou hyperpolynucléose.
Mononucléaires	Hypermononucléose	Etat normal ou hypermononucléose.
Grands mononucléaires.....	Augmentés	Etat normal ou diminués.
Myélocytes.....	Présents	Absents.

OBSERVATION I (Personnelle)

(Service de M. le Dr Hudelo.)

Varicelle à éléments éruptifs hémorragiques

C... J..., âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital le 6 décembre 1909. Il est malade depuis le 28 novembre ; à ce moment, le malade a éprouvé des frissons, un malaise géné-

ral, rachialgie, douleur quand il se baisse ; néanmoins il a continué à travailler ; il n'a cessé son travail que le 2 décembre.

Ce jour-là, 2 décembre, dans l'après-midi, vers 2 heures et demie, est apparue une éruption, d'une façon brusque, et qui était complète dans les deux heures ; au dire du malade, elle présentait le même aspect que le jour de son entrée dans le service.

Le malade pense avoir eu de la fièvre dans les jours qui précédaient l'éruption. Après le 2 décembre, il ne présentait plus de fièvre, mais des vomissements les 3 et 4 décembre. A partir de son entrée à l'hôpital, le malade n'a eu aucun vomissement, ni aucune élévation de température.

Le jour de son entrée, le seul symptôme fonctionnel qu'il présente est encore la rachialgie intense ; l'état général du malade est excellent ; son facies est bon, la température et le pouls sont normaux.

Le malade a perdu l'œil gauche à l'âge de huit ans, sans qu'il puisse en savoir la cause. Il ne présente pas d'antécédents pathologiques importants, et il ne peut donner que peu de renseignements sur ses parents ; il est probable cependant que la mère est morte bacillaire. Pas de syphilis, mais un certain degré d'éthylisme. Le foie n'est pas gros ; pas de lésions viscérales appréciables, si ce n'est que la rate est un peu perceptible à la percussion.

L'examen somatique ne révèle absolument aucun symptôme de lésion viscérale ; la seule lésion que présente le malade est sa lésion cutanée.

Cette éruption a commencé par les bras, et s'est étendue immédiatement aux membres inférieurs ; elle respecte

presque intégralement le tronc et la face, mais elle est par contre beaucoup plus confluente aux membres inférieurs, surtout au niveau des régions fessière et malléolaire.

L'éruption est constituée par des éléments divers, mais qui ont tous un caractère commun, c'est d'être hémorragique.

Les lésions en taches rouges ne s'effacent pas sous la pression du doigt ; ce sont des éléments vésiculeux contenant un liquide nettement sanguinolent.

La teinte générale est d'un rouge foncé, tirant un peu sur le violet.

Les éléments sont de plusieurs types, irrégulièrement répartis : des taches de dimension atteignant celle d'une lentille, par endroits confluentes, ailleurs comme égrenées, mélangées avec des taches de vésicules à différents degrés de leur évolutien, les unes à peine saillantes et contenant peu de liquide d'aspect un peu papuleux, les autres sont nettement des bulles pouvant atteindre le volume d'un petit pois ; toutes sont hémorragiques ; quelques-unes semblent avoir un liquide encore clair ; les autres, plus volumineuses, siégeant surtout dans la région malléolaire, ont un contenu louche.

Au niveau de la région fessière, on voit des petites ulcérations de même volume que les vésicules précédentes, presque confluentes, groupées.

Sur l'abdomen, sur le tronc, trois ou quatre éléments seulement.

Sur le front, deux éléments rouges et vésiculeux.

Les éléments des membres supérieurs sont analogues à ceux des membres inférieurs. Nulle part, on ne trouve de vésicules nettement ombiliquées.

En présence de l'état général du malade, du léger degré de céphalée, de l'absence de fièvre, de l'absence de l'ombilication, on peut éliminer la variole hémorragique.

Le polymorphisme de l'éruption, l'existence des lésions aux différents stades de leur évolution, depuis la macule jusqu'à la bulle rompue, avec le minimum de symptômes généraux, permettent, malgré l'absence des symptômes bucco-pharyngés, de poser le diagnostic de varicelle.

Le malade, qui ne présentait pas d'albuminurie le jour de son entrée en présente quarante-huit heures après ; il a été isolé, soumis au régime lacté, poudré surtout au niveau de la région fessière, car l'éruption entraîne un certain degré de prurit, mais seulement au contact des draps.

Le malade, qui avait été vacciné il y a sept ou huit ans, a été revacciné le 8 décembre, c'est-à-dire plus de quinze jours après la contamination. Le vaccin, isolé sous un verre de montre, a eu une évolution positive normale.

Le 24 décembre, le malade est en bon état, mais présente encore une albuminurie légère ; toutes les lésions cutanées sont desséchées ; ce sont des croûtelles sanguines par places, des macules rouges pigmentées ailleurs.

L'examen du sang donne :

Globules rouges : 7.200.000

Globules blancs : 9.379

Polynucléaires	88,50
Mononucléaires	10,75
Lymphocytes	0,25
Eosinophiles	0,50
Myélocytes	0

OBSERVATION II

(Professeur Roger. — *Traité des maladies infectieuses.*)

Jeune homme de vingt-deux ans. Plusieurs bulles, siégeant sur le voile du palais, étaient remarquables par leur infiltration sanguine.

L'état général était, d'ailleurs, excellent, et la guérison survint rapidement.

OBSERVATION III (Professeur Roger)

Petite fille de dix ans, convalescente de purpura. La varicelle fut le point de départ d'une nouvelle poussée purpurique sur les jambes, et du développement sur les cuisses de grandes plaques ecchymotiques qui se couvrirent de petites bulles sanguinolentes. Sur les jambes, la plupart des éléments varicelleux se remplirent également de sang. L'évolution se fit sans fièvre, et bien que l'état général fût assez mauvais, la guérison survint sans incident.

OBSERVATION IV

(Dr Porter. — *Lancet.* Lond., 1907.)

Un cas d'éruption hémorragique confluente dans la varicelle

Je me permets de citer l'observation suivante, qui me paraît digne d'intérêt pour plusieurs raisons : 1° parce que l'hémorragie intra-vésiculaire et la confluence sont des faits rares ; 2° parce que la maladie a été suivie dès son début ;

3° parce qu'une lésion cutanée survenant pendant la période d'incubation semble, en général, être le prodrome d'éruption intensive ; dans le cas particulier, cette lésion cutanée semble avoir déterminé la gravité de la lésion locale.

La malade, une fillette de treize ans, fut examinée pour la première fois le 8 août 1906 ; elle avait, à ce moment, un eczéma papuleux irritant sur le visage et la face dorsale des mains. Le front, le nez, les joues étaient particulièrement irritées. Autrement, elle se portait bien. Cette irritation céda à des applications d'oxyde de zinc pendant deux jours. Il est à noter que l'enfant fut vaccinée à trois reprises sans succès, et, revaccinée en 1902, deux vaccines seulement apparurent. La seule maladie sérieuse à noter dans les antécédents de l'enfant, est la polyomyélite antérieure aiguë à l'âge de quatre ans, qui laissa, comme séquelle, de très légères difformités.

10 août. — Au soir, elle se plaignit de céphalée, de douleurs dans les membres ; on remarqua quelques taches sur la poitrine. Elle joua néanmoins au tennis, mais dormit mal la nuit.

11 août. — L'enfant se leva, continua ses occupations ordinaires ; on remarqua deux nouvelles taches sur la poitrine ; l'enfant passa encore une mauvaise nuit.

Je fus appelé auprès d'elle le 12 au matin, et je constatai la présence d'un rasch sur la figure. La température était à 101 degrés Fahrenheit, et le pouls à 80.

La poitrine, la face, les membres étaient envahis par un rasch varicellique typique ; deux vésicules se trouvaient sur le voile du palais et sur la muqueuse buccale.

L'éruption était polymorphe : il y avait papules, vésicules

et croûtes sur la poitrine ; mais point de papules sur les racines des cheveux et sur le front.

La malade ne souffrait pas du tout de son éruption.

13 août. — La température était à 101°6 Fahrenheit, le pouls à 80.

L'éruption avait gagné surtout à la face, où les vésicules variant entre la grosseur d'une tête d'épingle, et 1/4 de centimètre de diamètres.

L'éruption était tellement confluente qn'il aurait été impossible de trouver sur la face, une surface plane du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 centimes.

Les racines des cheveux étaient quand même libres de vésicules. Mais le cuir chevelu en contenait. Le dos et la poitrine étaient complètement envahis par l'éruption, ainsi que les membres. L'état général était très satisfaisant.

14 août. — Les vésicules de la face devinrent confluentes en trois endroits : 1° sur le front ; 2° au-dessus de l'artère temporale droite ; 3° sur le côté droit du cou, au-dessus du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

La température était à 101°6 Fahrenheit, et le pouls à 84.

L'éruption persistait toujours sur les membres et avait gagné la plante des pieds et la paume des mains. Une vésicule unique, siégeant au-dessus du mamelon gauche, avait atteint la dimension de 1/2 centimètre de diamètre.

L'état général persistait satisfaisant l'enfant avait bon appétit.

Pendant la nuit du 14 au 15, l'enfant se montra peu tranquille. Le matin, la température était à 103 degrés Fahrenheit ; la langue était chargée, le pouls à 100, bien frappé. Le cœur était satisfaisant ; l'urine, de densité 1.020, ne contenait ni sucre ni albumine.

L'éruption était plus intense que les premiers jours ; la face était enflée, et l'hémorragie siégeait aux trois lieux de confluence cités ci-dessus. Les vésicules paraissaient ici plus flasques, mais intactes, de couleur sombre, presque noire.

L'éruption siégeait aussi dans les espaces interdigitaux et entre les orteils. La malade, d'aspect alarmant, affirmait cependant se trouver parfaitement bien ; elle ne se plaignait que de sentir sa figure raide.

Vue à cette époque de sa maladie, elle aurait certainement présenté des difficultés pour le diagnostic. Le diagnostic différentiel entre la variole et la varicelle se serait basé sur les faits suivants : 1° Epidémie de varicelle dans le voisinage ; 2° Pendant les premiers jours de la maladie, il n'y eut aucune manifestation douloureuse telle que rachialgie par exemple ; la malade a toujours été lucide, à part quelques délires nocturnes ; 3° L'éruption devint bien vite vésiculeuse, et jamais on n'eut la sensation de chaleur particulière à la pustule variolique ; 4° Les poignets, les racines de cheveux, le front, étaient les seules parties du corps non envahies par l'éruption ; 5° La grande abondance d'éléments sur le tronc, et le caractère des vésicules qui n'ont jamais eu autour d'elles une auréole profondément infiltrée ; 6° L'absence d'une période d'invasion prolongée ; 7° Le résultat négatif de la vaccination antérieure ; 8° Le fait que, seize jours plus tard, une varicelle typique apparut, chez la sœur de la malade, à allures graves et fièvre intense.

A signaler enfin que nul cas de variole ne s'est présenté, à ma connaissance, dans le voisinage depuis dix à quinze ans.

Ce cas particulier évolua, par la suite, sans accidents.

16 août. — La température était à 99°5 Fahrenheit. Les croûtes succédèrent aux vésicules.

Aucune complication ne survint, et la malade entra en convalescence.

L'hémorragie eut lieu quatre semaines après le début de la maladie.

Le traitement local employé était un masque de vaseline ; le corps et les membres furent plongés dans de l'acide carbonique à 1 o/o. La chambre fut maintenue obscure pendant toute la durée aiguë de la maladie. Il n'y eut aucune lésion de grattage, car la malade fut très surveillée, et ses mains restèrent attachées.

L'élément traumatisme ne put, d'aucune façon, entrer dans les causes de l'hémorragie.

Il est intéressant de noter que l'éruption causa de l'irritation surtout sur le tronc et les membres, et que là, il n'y eut aucune hémorragie.

Des cicatrices apparurent aux régions de confluence : 1° au-dessus du sterno-mastoïdien à droite ; 2° au-dessus du mamelon gauche, c'est-à-dire là où les vésicules atteignirent les plus grandes dimensions.

OBSERVATION V

(Dr Rosenblat. — *Przegl lezarsky Krakow*, 1892.)

J'ai été appelé auprès d'un jeune garçon de quatre ans. Depuis trois jours, il avait de la fièvre ; ses parents ont remarqué sur le corps une éruption ; le matin même, il avait le hoquet, et était sans connaissance au moment de mon arrivée.

A l'examen du malade, j'ai constaté 39°9 de fièvre, 128 de pouls, ce qui pourrait expliquer la torpeur et la somnolence. Tout le corps, et aussi le cuir chevelu, présentaient de petites vésicules de volume égal, de coloration bleuâtre ou violette, ne présentant pas d'aréole rougeâtre ; quelques-unes, moyennement tendues, présentent une dépression (ombilication) ; d'autres sont molles, ratatinées, comme si une partie du liquide s'était résorbée. Quand on ponctionne une de ces vésicules, il en sort un liquide purulent et sanguinolent. On trouve encore quelques vésicules plus dures, plus petites, présentant une ombilication. Les vésicules sont très nombreuses à la face, sur le dos ; il y en a très peu sur le ventre. La face interne des joues, les gencives, la luette, le voile du palais, sont également le siège de vésicules rondes, superficielles, de coloration rougeâtre. Les lèvres sont œdématiées, fissurées ; elles sont couvertes, ainsi que les narines, de croûtes sanguinolentes.

L'enfant est peu développé. Les fontanelles persistent : la tête est grande ; les bosses frontales sont saillantes ; les épiphyses des os longs sont augmentées de volume, les tibias et les fémurs sont incurvés. La rate est de grosseur anormale ; son bord dépasse d'un travers de doigt le bord inférieur des fausses côtes.

Depuis vingt-quatre heures, l'enfant n'a pas été à la selle ; les urines sont normales. Le malade n'a jamais vomi. On constate l'existence de deux cicatrices de vaccin sur le bras gauche.

D'emblée, j'ai porté le diagnostic de variole hémorragique ; mais, le diagnostic pouvait être discuté pour les raisons suivantes :

1° L'absence d'épidémie de variole et même de cas isolés dans la ville ,

2° L'enfant a été vacciné ;

3° L'éruption est apparue d'emblée sur tout le corps ;

4° L'absence des prodromes : la fièvre et l'éruption sont survenues chez un enfant en pleine santé apparente, et n'ont été précédées ni de rachialgie, ni de vomissements ;

5° Enfin, le degré de développement des vésicules ne correspondait pas à la durée de la maladie. On était au troisième jour, et si l'on était en présence d'une variole hémorragique, on aurait eu le tableau clinique de « purpura variolosa », ou celui de celui de « variola pustulosa hemorragica ».

Dans le premier cas, on aurait des pétéchies sur tout le corps, et une tuméfaction de la face telle qu'il serait impossible de distinguer les traits ; par contre il n'y aurait pas de vésicules et pas d'épistaxis ; au lieu de somnolence, il y aurait plutôt de l'agitation.

Dans le second cas, on pourrait, en effet, trouver la rate augmentée de volume, et constater une fièvre assez intense ; mais au lieu de vésicules, on aurait seulement des papules, et c'est à peine si quelques-unes seraient en voie de transformation vésiculeuse. Les papules seraient dures, et, en promenant le doigt sur la peau du malade, même les yeux fermés, on pourrait constater leur présence.

Si même il y avait eu des vésicules ; elles n'auraient pu, en aucun cas, contenir du sang, car cela ne s'observe que le cinquième jour. Et même si l'on avait été au cinquième jour, et si, au lieu de papules, on avait eu une éruption vésiculeuse, on aurait tout d'abord constaté la confluence de ces vésicules, surtout à la face et aux mains.

Ainsi donc, malgré la fièvre, malgré le hoquet, malgré l'éruption siégeant aux endroits préférés de la variole, malgré le développement uniforme des vésicules et leur petite dimension, malgré l'ombilication de quelques-unes, malgré l'absence de collerette autour des vésicules, malgré l'aspect ratatiné de beaucoup de vésicules et leur coloration bleuâtre, et enfin, malgré l'absence de cicatrisation de quelques-unes d'entre elles le troisième jour, j'ai éliminé le diagnostic de variole et j'ai porté celui de varicelle à évolution anormale.

J'ai pensé que si la maladie a évolué sur un type spécial, cela dépendait peut-être plus du terrain que de la maladie elle-même. J'ai cherché à savoir si, dans ses antécédents, le malade ne présentait pas de diathèse hémorragique.

J'ai appris, en effet, que, huit jours après sa naissance, le petit malade a eu une forte hémorragie après l'élimination du cordon ; il était sujet aux épistaxis ; actuellement, le début de la maladie a été caractérisé, en dehors de la fièvre, par une épitaxis. Etant rachitique, et ne tenant pas bien sur ses jambes, l'enfant tombait souvent, et le moindre traumatisme suffisait pour produire des ecchymoses.

Je fus confirmé dans mon diagnostic quand la mère me présenta ses deux autres enfants, dont l'un présentait des cicatrices de varicelle, tandis que l'autre avait une varicelle typique en pleine évolution, sans fièvre et avec un état général parfait.

Le lendemain, la fièvre tombait chez notre petit malade ; les vésicules commençaient à se dessécher, et quelques jours après, il entrait en convalescence.

Traitement. — Acide phosphorique, et compresses humides froides.

OBSERVATION VI

(Dr Mullet. — *Deutsche Medicin Wochenscrift*, 1901.)

Un cas de varicelle hémorragique

L'enfant B..., âgé de un an et demi, tombe malade au mois de novembre 1900.

Le docteur l'examine pour la première fois le 26 novembre. L'enfant, qui porte des signes de rachitisme, a 38°3 de fièvre. Tout le corps est couvert de nombreuses vésicules grosses comme un pois et entourées d'un bourrelet rouge. La plupart des vésicules contiennent un liquide sanguinolent ; quelques-unes seulement étaient remplies d'un liquide trouble lactescent. Les lèvres tuméfiées saignaient facilement. La muqueuse buccale, le voile du palais, la langue présentaient des plaques recouvertes d'un enduit jaunâtre et encadrées d'un liseré rouge.

La langue est très chargée, la salivation est abondante. L'enfant est constipé, mais il n'a rien aux viscères. Le repos au lit est prescrit, ainsi que des lavements, un gargarisme à l'acide borique, et une pommade pour les lèvres.

28 novembre. — La température est à 38 degrés. Les vésicules se sont desséchées. La stomatite persiste. Traitement : toucher les ulcérations buccales avec une solution de nitrate d'argent.

30 novembre. — La température est de 36°8. Les vésicules sont presque guéries. La stomatite est peu modifiée. Pas d'albumine dans les urines.

3 décembre. — Les lèvres ne sont pas œdématiées, l'enfant boit mieux.

7 décembre. — La stomatite et les vésicules ont guéri ; mais il reste des cicatrices de volume variant d'une tête d'épingle à une lentille.

On vaccine l'enfant ; le résultat est positif. L'enfant a été vacciné l'été précédent.

Il y avait des cas de varicelle dans le voisinage.

Le cas nous intéresse à cause de la persistance de la fièvre et surtout à cause du contenu hémorragique des vésicules. Si l'on prend en considération la persistance des cicatrices, il y aurait lieu de penser à la variole. Mais, le résultat positif de la vaccination d'une part, l'existence des cas de varicelle dans l'entourage d'autre part, plaident en faveur de la varicelle. De plus, l'état prodromique de la variole a fait défaut.

Il ne s'agissait donc pas de variole, mais d'un cas de varicelle grave.

OBSERVATION VII

(Professeur Roger. — *Traité des maladies infectieuses*.)

Chez un enfant de dix mois, atteint de gastro-entérite, les bulles étaient pleines de sang, et entremêlées de nombreuses pétéchies. La mort survint au bout de quinze jours par suite du progrès des troubles digestifs.

OBSERVATION VIII

(Dr Rundle. — *Lancet*, London, 1906.)

Un cas de varicelle hémorragique

Le malade, un jeune garçon de deux ans, a été admis à l'hôpital en avril 1906, présentant tous les symptômes de

la varicelle. Le tronc était couvert d'une éruption vésiculeuse et pustuleuse typique ; le thorax et l'abdomen présentaient en tout environ cent lésions. Il y avait en plus trois vésicules sur le cuir chevelu, deux au bras droit, plusieurs à la région du sacrum, aux cuisses, aux flancs, mais point au-dessous des coudes et des genoux. Par endroits, il y avait des lésions de grattage.

La mère affirmait que les premières taches apparurent le 20 avril (trois jours avant son entrée à l'hôpital) ; jusqu'à ce jour, l'enfant avait joui d'une bonne santé. Les parents ont remarqué dès le 21 une tendance hémorragique des taches, et quand l'enfant fut admis à l'hôpital, on observa des hémorragies dans l'ordre suivant ; d'abord, des pétéchies et des ecchymoses étaient disséminées sur le tronc, les épaules, les cuisses, les flancs, avec prédominance sur la région sacrée, les crêtes iliaques et les flancs. Ensuite, les vésicules et les pustules avaient une coloration pourpre, et laissaient s'écouler à l'incision un liquide sanieux. Enfin, les lésions de rupture présentaient à leur base une infiltration de sang qui ne disparaissait pas avec des artifices tels que la pression, les lotions par exemple.

A ce stade, aucune hémorragie de la conjonctive ni des muqueuses ne se produisit ; l'état général de l'enfant était excellent ; aucun caractère général n'indiquait le caractère exceptionnel de l'affection.

Les hémorragies sous-cutanées devinrent plus nombreuses, et, l'après-midi du 23, une aréole d'extravasation du sang sous-cutanée apparut à la région lombaire gauche et à la jambe droite.

Le soir, apparut une hémorragie de la conjonctive à droite,

et, dans la nuit, les lèvres et les gencives se mirent à saigner.

Dans la nuit, on put constater des signes de toxhémie : délire, dépression cardiaque. L'enfant mourut le lendemain matin ; on ne put en faire l'autopsie.

Diagnostic. — A un stade avancé, l'état général, le facies de l'enfant, l'hémorragie sous-conjonctivale, le saignement des lèvres et des gencives, tout faisait penser à la variole hémorragique. Cette hypothèse fut éliminée par le caractère, l'évolution et la distribution de l'éruption, ainsi que par la nature même de l'hémorragie et le temps de son apparition. L'enfant avait été vacciné, à trois endroits, dix-huit mois auparavant. Aucune hérédité hémophilique. On ne pouvait songer ni à la maladie de Barlow, ni à d'autres maladies hémorragiques de l'enfance.

Aucune manifestation arthritique. C'était, sans contestation possible, un cas de varicelle hémorragique.

OBSERVATION IX

(Dr Marie. — *Thèse de Paris*, 1893-1894.)

D. L..., trois ans et demi. Père et mère bien portants, ont deux autres enfants qui n'ont jamais été malades.

Né à terme ; nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de dix-sept mois. Pas de maladie antérieure. Le 28 mars, l'enfant, tombé malade, est soigné chez lui par un médecin de la ville pour une fièvre typhoïde. L'enfant a paru guérir complètement ; il n'avait plus de fièvre quand, le 8 avril, il aurait fait une rechute, au dire du médecin.

Depuis cette époque, l'enfant est beaucoup plus abattu

qu'auparavant. Il a une diarrhée abondante, fétide ; il tousse beaucoup ; son corps est recouvert de nombreuses taches pétéchiales.

12 avril. — A l'examen, on constate que les taches de purpura sont abondantes sur tout le corps ; au cuir chevelu, on voit plusieurs ecchymoses. L'enfant, très abattu, frissonne continuellement. La rate est augmentée de volume. L'auscultation de la poitrine ne donne aucun résultat. La diarrhée est abondante, jaunâtre.

Température : matin, 37°5 ; soir, 38 degrés.

Traitement. — Sulfate de quinine, 40 centigrammes ; solution d'acide lactique, 2 grammes.

13 avril. — Les taches de purpura sont plus foncées ; quelques-unes semblent avoir notablement augmenté de largeur. L'abattement et les frissons persistent. Toujours rien à l'auscultation. La diarrhée, est moins abondante, mais sa couleur noirâtre fait penser à un melœna. L'appétit est nul, ou à peu près. Pas de vomissements.

Température : matin, 37°5 ; soir, 38 degrés.

14 avril. — L'enfant conserve le même état général, avec abattement continuel. La rate est très sensible à la percussion. Au palper, on sent nettement qu'elle déborde les fausses côtes gauches. La diarrhée est presque nulle, et les selles n'ont pas de caractère spécial. L'enfant est toujours sans appétit.

Température : matin, 37°5 ; soir, 38 degrés.

15 avril. — L'enfant est toujours dans un état inquiétant ; il paraît souffrir à l'abdomen, et il maintient ses cuisses fléchies. L'alimentation reste difficile ; aucune selle dans la journée.

Température : matin, 38°3 ; soir, 37°7.

Traitement. — Lavement glycériné ; jus de citron.

25 avril. — L'état reste à peu près stationnaire. Pourtant, les taches pétéchiales commencent à diminuer d'étendue ; leur coloration également diminue d'intensité et prend une teinte un peu verdâtre. Pas de diarrhée.

Température : matin, 37°1 ; soir, 37°8.

30 avril. — L'amélioration est sensible : les taches purpuriques disparaissent, l'abattement est moins considérable, les frissons ont complètement disparu depuis plusieurs jours ; enfin l'appétit reparaît, et les selles ont un aspect normal.

1er mai. — L'état général de l'enfant continue à s'améliorer. L'éruption purpurique est en voie de disparition. A côté des plaques purpuriques, on voit actuellement quelques taches rouges, larges de 4 à 5 millimètres ; quelques-unes d'entre elles sont surmontées de petites vésicules pleines d'un liquide transparent. Comme il y a eu récemment dans cette salle quelques cas de varicelle, le diagnostic est facile.

Cet enfant, qui vient d'avoir la maladie de Werlhoff, est atteint d'une varicelle au début.

Température : matin, 38 degrés ; soir, 38°2.

2 mai. — Le nombre des vésicules a augmenté. Un grand nombre d'entre elles a pris une teinte d'un rouge vineux, une couleur hémorragique. Il est évident que, sous l'influence de l'état dans lequel se trouvait notre petit malade, chaque vésicule de varicelle a été le point de départ d'une petite transsudation sanguine.

Température : matin, 37 degrés ; soir, 37°8.

3 mai. — Quelques vésicules commencent à se flétrir ; elles

prennent une coloration noirâtre. On ne voit plus apparaître de nouvelles vésicules. L'état général est assez bon.

Température : matin, 37°2 ; soir, 37°6.

6 mai. — Un certain nombre d'éléments éruptifs sont devenus des croûtes noires, saillantes, dont quelques-unes se détachent assez facilement, laissant au-dessous d'elles une papule violacée légèrement hémorragique.

La température est normale, l'état général est bon, l'appétit suffisant.

9 mai. — L'amélioration continue ; le nombre des croûtes diminue de plus en plus. Les pétéchies ont complètement disparu depuis plusieurs jours.

12 mai. — Il ne reste plus de macules violacées, dont la coloration disparaît assez rapidement ; elles ne sont pas déprimées et ne paraissent pas (pour la plupart du moins) devoir être le siège de cicatrices.

15 mai. — L'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION X

(Professeur Roger. — *Tr. des Maladies infectieuses.*)

Un enfant de cinq ans entre le 12 janvier 1896, avec une varicelle hémorragique. Les bulles étaient pleines de sang et entourées d'un cercle ecchymotique ; sur les jambes, on trouvait des taches de purpura et des grosses bulles sanglantes. Les gencives étaient fongueuses et saignantes ; la veille de l'entrée, il y avait eu des épistaxis. Le voile du palais était pointillé de noir, et on y trouvait quelques bulles hémorragiques ; une petite plaie accidentelle au niveau du doigt donnait lieu à un suintement sanguin continuel. Les

jours suivants, l'hémorragie augmente; il y a écoulement de sang par le nez et par la bouche.

17 janvier. — On note des ecchymoses palpébrales, et du melœna.

A partir de ce moment, une amélioration se produit; les lésions se dessèchent, et, le 23 janvier, elles sont guéries. Mais le malade continue à s'affaiblir, et, le 3 mars, il succombe à une tuberculose aiguë. Il est probable que la varicelle a hâté la marche de la tuberculose préexistante, et que, réciproquement, la tuberculose a imprimé à la varicelle le caractère hémorragique.

OBSERVATION XI

(Dr Andrew. — *Transactions of the Clinical Society*, 1890.)

Varicelle hémorragique compliquée.

E. P..., âgé de huit ans et demi, élevé à Christ's Hospital Scholl, à Hertford, fut admis à l'infirmerie à 1 heure de l'après-midi le 29 octobre 1888. Il se plaignait de douleur à la gorge, depuis le jour même, mais disait qu'il ne se sentait pas malade. A 3 heures, il parut si pâle qu'il fut mis au lit. Bientôt après, il fut pris de nausées violentes ; les matières vomies étaient des aliments non altérés, parmi lesquels se trouvaient quelques caillots de sang de la grosseur d'une noisette. A 10 heures du soir, il eut une selle demi-solide, ne contenant pas de sang, mais noires parce qu'il avait absorbé du fer quelques jours auparavant à cause de sa débilité qui ne s'accompagnait d'aucun symptôme bien défini.

Aucune douleur abdominale, aucune hyperesthésie. Les

urines sont acides, de densité 1030 : elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

30 octobre. — L'enfant a passé une nuit sans sommeil et sans repos ; les vomissements continuent, et il a eu six selles contenant du sang altéré et du mucus.

Tendance au collapsus ; pouls faible et irrégulier ; respiration superficielle et plaintive ; extrémités froides.

Dans le courant de la journée, les vomissements disparaissent ; mais il a deux selles sanglantes, et la température s'élève.

Sur les coudes et les malléoles, apparaît une éruption hémorragique dont les éléments sont de dimensions très variables. Le diamètre du plus grand nombre était de 1 à 5 millimètres ; les taches les plus larges étaient un peu élevées au centre.

Aux chevilles pourtant, il y avait quatre taches plus larges présentant des caractères particuliers : elles avaient environ 10 millimètres de diamètre ; leur centre faisait une saillie de 1 millimètre ; de ce centre partaient plusieurs lignes hémorragiques plus saillantes et de couleur plus sombre que les segments intermédiaires qui pourtant étaient hémorragiques.

Toutefois, les taches étaient pour la plupart régulières, et présentaient l'apparence d'ecchymoses avec un centre noirâtre.

1er novembre. — L'enfant a très bien dormi durant la nuit. Les vomissements ne se sont pas reproduits, mais il a deux selles contenant du sang.

Une éruption généralisée, de caractère bien différent, apparaît : ce sont des éléments ressemblant à des vésicules

avortées de varicelle. En même temps, quelques taches hémorragiques petites furent constatées sur les jambes, les cuisses et les fesses, ainsi que quelques-unes plus petites encore sur la face antérieure du bras droit, et une bulle de varicelle très nette.

Au moment où l'éruption apparaît, la température tombe à 98 degrés Fahrenheit.

L'enfant paraît beaucoup mieux ; il mange et a deux selles jaunâtres non hémorragiques.

A partir de ce moment, l'amélioration fut rapide ; les urines ne furent jamais albumineuses, et, le 12 novembre, les croûtes étant toutes tombées, l'enfant fut renvoyé de l'infirmerie.

Les renseignements confirment que cet enfant n'a pu être exposé à d'autres maladies contagieuses qu'à la varicelle, et peut-être à la diphtérie. L'école était à ce moment le siège d'une épidémie de varicelle.

OBSERVATION XII

(Dr Comby. — *Traité des Maladies de l'Enfance.*)

Il s'agit d'un cas de varicelle bulleuse hémorragique chez une fille de huit ans (mars 1866). Cette enfant, dont le père était diabétique, la mère, tuberculeuse, avait présenté le 25 février une éruption typique de varicelle. Le 29 février, cinquième jour de l'éruption, elle est prise d'épistaxis, d'abattement ; de larges phlyctènes se montrent autour de certaines vésicules en dessiccation. Il y a de la prostration et des vomissements ; l'état général est mauvais.

Le 1er mars, dit le Dr Comby, je vois la malade avec le

Dr Maranger, et je constate les phénomènes suivants : çà et là, sur la face, sur le tronc, sur les membres, vésicules discrètes et de volume moyen, les unes en voie de dessiccation, les autres croûteuses. Autour de quelques-unes des vésicules les plus anciennes, larges phlyctènes pemphigoïdes, les unes pleines de liquide citrin, les autres troubles et affaissées.

L'une d'elles, très large, siégeait derrière l'oreille droite ; elle avait été percée et pansée comme une brûlure.

Outre ces phlyctènes, il existait, sur plusieurs points du corps, des mouchetures purpuriques et des vésicules hémorragiques.

Au milieu de la fosse iliaque droite, l'enfant accusait de la douleur ; la pression révélait une certaine tension de la peau et on constatait une ecchymose diffuse, révélation d'une hémorragie sous-cutanée.

Nouvelle épistaxis, et vomissements de sang dégluti.

En somme, varicelle compliquée de bulles pemphigoïdes, de pétéchies, d'hémorragies sous-cutanées, d'épistaxis.

Traitement. — Perchlorure de fer à l'intérieur (XX gouttes) ; champagne frappé, poudrage antiseptique des parties malades.

L'enfant a succombé le septième jour de la maladie.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le Dr Caussade.)

Varicelle hémorragique

M. D..., vingt ans, ferblantier, entre dans le service le 20 avril 1910 pour une éruption. Cette éruption siège au

niveau des membres ; elle est nettement séparée de l'abdomen au niveau des aines, par une ligne sous-jacente et parallèle au pli inguinal. Le dos, la face présentent des éléments moins nombreux qu'au niveau des membres ; le thorax en a quelques-uns particulièrement petits ; l'abdomen est totalement épargné.

L'éruption est hémorragique, polymorphe, vésiculeuse, même vésiculo-bulleuse, non prodigieuse. Ce sont surtout de petites vésicules, du volume d'un grain de mil, de couleur rouge, laissant suinter du sang quand on les écrase. Elles sont situées sur une petite macule rouge indolore, ne s'effaçant pas à la pression, de 1 à 2 millimètres de diamètre très légèrement surélevée, à contours réguliers. Ces éléments sont extrêmement nombreux, mais ils sont séparés par d'étroits espaces de peau saine.

En certaines régions, particulièrement au niveau de la face interne des jambes et des cuisses, au bras et à l'avant-bras, les macules sont confluentes, formant des placards de volume et de contours variés, surmontés de vésicules nombreuses et petites donnant au toucher une sensation de rugosité. En certains points, au niveau de la face interne de la jambe droite, au niveau du bras gauche, les vésicules elles-mêmes sont devenues confluentes, donnant lieu à de grosses bulles du volume d'une pièce de 50 centimes, ou plus grande encore, contenant un liquide louche, mais également hémorragique, le tout ressemblant à des éléments herpétiformes.

Au niveau de la cuisse gauche, on trouve quelques éléments du volume d'une lentille, violacés, contenant du sang.

Aux mains, les éléments sont plus volumineux, confluents en certains points, de couleur violacée, avec un point central blanc, contenant un liquide blanchâtre : ils sont douloureux à la pression.

Aux poignets, les bulles sont confluentes, affaissées, et couvertes d'une croûte foncée. A la face, les éléments sont plus rares, mais assez volumineux. Les vésicules se sont effacées et sont recouvertes de croûtes jaunes ou noirâtres.

Sur le bord de la langue, il y a un élément.

Parmi ces éléments variés, on en trouve de plus anciens, très petits, décolorés, jaunâtres, surtout nombreux au niveau des cuisses et du dos.

Cette éruption a débuté il y a trois semaines (le 1er avril) à la cuisse gauche, par des petits boutons miliaires de couleur pâle : quatre ou cinq jours après, ils ont présenté les mêmes caractères qu'actuellement.

Quelques jours après, la cuisse droite a été envahie à son tour, puis les jambes, le dos, les fesses, les bras. Les éléments les plus récents sont au bras droit. La face a été prise en dernier lieu.

L'éruption s'est accompagnée de troubles dyspeptiques. Le malade, qui avait de l'anorexie depuis quelques jours et qui était au lait, a eu des vomissements bilieux le 18 avril ; il en avait déjà eu d'ailleurs chez lui dès le 28 mars. Ces vomissements se produisaient quelques minutes après que le malade avait ingéré du lait et de la tisane ; ils ont persisté le 19 et ont complètement cessé depuis l'entrée du malade dans le service.

Avec ces troubles dyspeptiques, mais avant leur apparition, le malade a eu de la courbature, et quelques douleurs

articulaires peu intenses, surtout aux genoux. Il a d'ailleurs eu une crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé il y a six mois, et qui l'a tenu au lit il y a trois mois. Quinze jours avant l'éruption, il a eu une angine, et des douleurs localisées aux genoux durant trois ou quatre jours.

Actuellement, il ne présente que de la courbature dans le dos et aux bras.

La température est à 37 degrés, le pouls à 100, régulier et bien frappé.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier aux poumons, ni au cœur. La langue du malade est saburrale. L'abdomen est souple, mais non douloureux. Le foie n'est pas gros. La rate est perceptible. Les selles sont normales.

22 avril. — L'éruption présente les mêmes caractères. Le malade n'a pas de fièvre ; le pouls est à 101. La courbature persiste. Le malade se plaint de coliques ; il a une diarrhée sanguinolente.

26 avril. — Le malade a eu, sans efforts, en deux ou trois fois, des vomissements assez abondants, verdâtres, bilieux, inodores. Il a toujours de la diarrhée et il se plaint de vives coliques continues et siégeant au niveau de la région ombilicale.

27 avril. — Le malade a eu une hémorragie intestinale (environ un demi-bassin de liquide noirâtre, un peu rouge sur les bords). Les vomissements bilieux persistent. Néanmoins, le malade n'est pas abattu. Au niveau de la gorge on voit un petit pointillé blanc ; il existe une petite ulcération nasale, et, à la face externe des bras et des cuisses, on aperçoit un semis de petites taches rouges sans vésicules.

28 avril. — Le malade a eu une selle liquide, Il n'a plus de coliques ni de vomissements.

30 avril. — La plupart des éléments ont pâli ; d'autres sont remplacés par des croûtes. Il existe encore quelques bulles à la partie externe du bras droit et à la partie postéro-inférieure de la jambe gauche.

L'état général est bon.

A la date du 10 mai, le malade présente une éruption purpurique nette sans vésicules, sous la forme de taches assez confluentes, au niveau du tiers inférieur des jambes ; au fur et à mesure que l'on remonte vers la cuisse, ces plaques, dont la couleur est carmen foncé, deviennent moins nombreuses. Il en existe cependant à la partie latérale gauche du thorax. Même aspect à droite, mais elles sont beaucoup plus abondantes. Dans le dos, il en existe également, mais elles sont plus disséminées.

Le malade ressent quelques coliques de temps en temps. A l'auscultation de son cœur, on entend le deuxième bruit clangoureux au niveau de l'artère pulmonaire. Cependant, le malade se sent beaucoup mieux.

22 mai. — On remarque une nouvelle poussée de purpura au niveau des jambes.

26 mai. — Le malade ressent toujours quelques coliques, et reste encore en traitement.

L'examen du sang a donné une polynucléose, mais pas de myélocytes.

Est-ce une varicelle ? Ce diagnostic est discutable, mais beaucoup d'arguments militent en sa faveur. Tous les éléments éruptifs sont, ou ont été à un moment donné de leur évolution, vésiculo-bulleux ; il est impossible de trouver sur

toute la surface cutanée un élément qui ne rentre pas dans le groupe des vésico-bulles. En certains points cependant, on note quelques macules ocreuses, dernier vestige d'une lésion cutanée hémorragique plus ancienne que toutes les autres.

Ces vésicules et ces bulles présentent parfois des croûtelles noirâtres sanguines, et dans une même région, on trouve des points ocreux, anciens, des bulles ouvertes, séchées, avec croûtes, des bulles ou des vésicules contenant du liquide, rosé toujours, et des bulles même en formation. Il est donc hors de doute que nous sommes en présence d'une affection vésiculo-bulleuse se faisant par poussées successives.

Vient encore confirmer le diagnostic de varicelle, l'état général, l'absence de fièvre, l'absence de myélocytes dans le sang.

Si c'est une varicelle, à quelle forme appartient ce cas ? A la varicelle hémorragique, de par les éléments éruptifs hémorragiques. Mais il y a en outre des hémorragies viscérales. Le processus hémorragique ne s'est pas arrêté après la guérison de l'exanthème ; il a continué à évoluer, nouvelle hémorragie intestinale et hémorragie cutanée se manifestant cette fois non pas sous forme de bulles ou de vésicules hémorragiques, mais sous forme de purpura, pétéchies.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la varicelle hémorragique est encore fort obscure. Une question se pose : à quoi est dû l'élément hémorragique de la varicelle ?

Faut-il rattacher l'hémorragie à la diathèse hémorragique du sujet, à l'état antérieur cachectique du malade (tuberculose, rachitisme), ou faut-il la rattacher à l'épidémie.

Le professeur Bouchard dit : « En dehors de conditions défavorables créées par l'état fébrile et par les congestions, je ne sache pas qu'on ait aucune notion positive touchant les hémorragies dans les maladies virulentes fébriles. Quant aux hémorragies cutanées, elles ne sont pas toujours sous la dépendance des influences qui entraînent l'apparition des effusions sanguines par les muqueuses. On sait que si une forme de la rougeole noire est hémorragique, une épidémie de rougeole noire très bénigne a été observée à Prague sans que, pendant toute sa durée, on ait pu constater un seul accident hémorragique. »

Dans aucune des observations recueillies, nous n'avons constaté d'épidémie de varicelle hémorra-

gique. Dans quelques cas il y avait une épidémie de varicelle normale, mais pas d'hémorragie. Chez notre malade de l'observation I, non seulement il n'y avait pas d'épidémie de varicelle hémorragique, mais il n'y avait même pas d'épidémie de varicelle ordinaire. Donc, la question de l'épidémicité est tranchée d'elle-même par la négative.

Reste la question de l'état antérieur du malade, état de cachexie, etc.

M. J. Renaut décrit bien des hémorragies réflexes d'origine dyscrasique : « Ici, dit-il, les hémorragies sont dues à l'action du sang empoisonné sur les centres nerveux. C'est à ce mécanisme que sont dus les exanthèmes hémorragiques de la peliose rhumatismale et des fièvres éruptives graves : variole, rougeole, scarlatine, dans leur forme hémorragique. La cause qui détermine l'hémorragie paraît surtout résider dans l'intensité même de la congestion réflexe au niveau des points où elle se produit normalement, disséminée au gré du système nerveux qui choisit véritablement les aires vasculaires à paralyser pour y distribuer les lésions élémentaires de l'exanthème.

C'est ce que montre bien l'étude de l'érythème polymorphe où l'on voit réunies, dans une même efflorescence cutanée, des lésions disparates allant de l'érythème à l'hémorragie en passant par une forme intermédiaire, l'œdème aigu. Mais, en dehors de cette notion générale, on doit reconnaître que la pathogénie de l'hémorragie dans une lésion élémentaire telle qu'une pustule variolique par exemple,

est encore tout ce qu'il y a, en physiologie pathologique, de plus obscur. Sans doute plusieurs, beaucoup de causes secondaires, en dehors ou à côté de l'intensité de la fluxion localisée, interviennent pour réaliser l'hémorragie : par exemple, le ramollissement des vaisseaux, peut-être consécutif à diapédèse intense au niveau de la pustule, car ce ramollissement est normalement si marqué qu'ils ne tiennent plus les injections de bleu soluble pratiquées sous faible pression. Ce simple exemple montre bien la complexité du sujet qui nous occupe, et justifie les réserves que nous devons faire. »

Cet auteur distingue bien des exanthèmes hémorragiques d'origne cachectique, le purpura senilis, celui des tuberculeux, des cancéreux, etc.

Le professeur Roger cite une observation de varicelle hémorragique chez un enfant tuberculeux. « Il est probable, ajoute-t-il, que la varicelle a hâté la marche de la tuberculose préexistante, et que, réciproquement, cette dernière a imprimé à la varicelle le caractère hémorragique. »

Dans l'observation du Dr Marie, nous voyons une varicelle hémorragique consécutive à une rechute d'une fièvre typhoïde.

Nous pouvons donc conclure que l'état antérieur du malade a une influence sur l'élément hémorragique ; pour ce qui est de son influence sur le mécanisme même de l'hémorragie, nous ferons les mêmes réserves que le Dr J. Renaut.

La question n'est pas plus résolue, ni même plus

éclairée en ce qui concerne la diathèse hémorragique.

Dans l'observation V, nous voyons un enfant qui, huit jours après sa naissance, fait une forte hémorragie ; après la chute du cordon ombilical, il était sujet aux épistaxis. Cet enfant présentait donc des antécédents de la diathèse hémorragique ; il était hémophile, et nous pouvons incriminer ici l'hémophilie comme cause de la varicelle hémorragique. Mais, reste à savoir par quel mécanisme ? ou mieux quelle est la pathogénie des hémorragies chez les hémophiles ?

Il existe des théories pathogéniques basées sur les données des autopsies.

D'après Koch, il y aurait une dégénérescence amyloïde et graisseuse des parois vasculaires, une tuméfaction régulière de la rate, une dégénérescence du cœur : dilatation, anémie, atrophie, avec des signes d'induration brune. Il croit à une modification du sang par les toxines qui favorisent la transformation et il rapproche l'hémophilie du scorbut. Il explique l'hémophilie héréditaire comme la syphilis héréditaire, et, en faveur de sa théorie infectieuse, il invoque l'apparition d'hémophile dans les processus ulcérés.

Immerman explique l'hémorragie par la disproportion entre la capacité des vaisseaux sanguins et le volume du sang, de sorte que de temps en temps la dérivation se fait par l'hémorragie.

C'est sur cette théorie que Fischer a basé la

sienne : modification qualitative et quantative du sang, suractivité des organes hématopoïétiques, augmentation du volume pour conserver la fluidité du sang, d'où disproportion entre la capacité et le volume du sang. Cette suractivité explique la tolérance de l'organisme pour les pertes sanguines et la rapidité avec laquelle se réparent les pertes. Il y a peut-être lieu de considérer l'hémophilie comme l'opposé de la leucémie ; il y a érythrocythémie dont la cause est peut-être dans la moelle osseuse.

D'autre part, le sang est pauvre en globules rouges. Cette altération du nombre des globules se manifeste surtout au voisinage des vaisseaux et des capillaires, et peut entraîner la modification de leur élasticité, de leur contractilité et de leur résistance. Ces modifications entraînent alors une plus grande friabilité et favorisent les hémorragies toutes les fois qu'il y a un changement de la pression sanguine.

Pour ce qui est de la nature de ces hémorragies, Fischer s'associe à l'opinion de Kurz, qui est la suivante : tous les globules blancs sont employés à la transformation de la fibrine ; ils ne peuvent, par conséquent, remplir avec satisfaction leur second rôle qui consiste en ce que, grâce à leur adhérence, ils cheminent beaucoup plus lentement le long des parois, et peuvent dès lors, servir de support pour un thrombus,

La durée et la persistance des hémorragies chez les hémophiles tient donc au manque des conditions nécessaires à l'hématose.

D'une part donc, les propriétés anormales du sang empêchent la solidité du thrombus, et d'autre part l'augmentation de l'impulsion cardiaque le fait progresser.

Blummer rapporte l'histoire d'une famille qui avait une tendance héréditaire trés marquée aux bosses sanguines, ce qu'il considère comme une forme atténuée d'hémophilie.

Son opinion est confirmée par l'examen anatomique d'une de ces bosses. Dans la préparation, on a trouvé des modifications semblables en tous points à celles qu'on trouve dans les cas analogues d'hémophilie vraie, et notamment l'augmentation des vaisseaux sanguins dont la structure, jusque dans les capillaires les plus éloignés, a conservé un caractère embryonnaire. Il s'agissait donc d'un arrêt de développement des vaisseaux sanguins, et d'aplasie vasculaire conduisant d'une part aux hémorragies et d'autre part aux exsudations.

Wright a fait quelques expériences sur la coagulabilité du sang des hémophiles et des sujets normaux ; il a trouvé un retard notable chez les premiers ; c'est ainsi que chez un hémophile, le sang se coagule au bout de quarante-cinq minutes, chez un autre au bout de vingt-trois minutes, tandis que chez un sujet normal, la coagulation est complète en cinq minutes.

Fischer attribue la persistance des hémorragies chez les hémophiles au niveau des plaies de la peau et des muqueuses, au défaut de coagulation au niveau

des plaies et dans les capillaires. Si la force de coagulation est déjà diminuée au commencement de l'hémorragie, elle devient d'autant plus faible quand, à la suite de cette dernière, le sang devient plus fluide. Il y aurait donc dans le sang des hémophiles un manque de matériel suffisant pour élaborer la fibrine.

Alexander Schmidt croit au manque d'un des éléments qui entrent ordinairement dans la composition du sang. Pour lui, la présence de la globuline n'est pas suffisante pour amener la coagulation ; il faut d'autres substances dissoutes dans le sang, et surtout certains sels.

Si certaines de ces substances manquent dans le sang, comme c'est probablement le cas dans l'hémophilie, la coagulation ne se fait pas, ou du moins se fait beaucoup plus lentement, malgré la présence de la globuline.

Litten rapporte l'opinion de Virchow, qui repose sur la disproportion entre la quantité et la capacité du système vasculaire. Par une distension forcée, les capillaires cèdent, et le sang sort. Ainsi Litten ignorait chez les hémophiles une fragilité particulière, de même qu'une diminution de la coagulabilité.

Vicherey croit que certaines modifications qu'on trouve chez les hémophiles peuvent être consécutives à l'anémie, aux troubles de la nutrition.

D'après Sympson, dans beaucoup d'examens faits ces dernières années sur le sang des hémophiles, on n'a trouvé aucune modification quantitative ni qua-

litative, et le doute persiste, à savoir si la maladie est due à la disproportion entre le sang et les vaisseaux ou aux lésions des parois artérielles ou capillaires, ou encore à quelques modifications chimiques et physiques du sang.

D'après les travaux plus récents de M. P.-E. Weil, il résulte que l'anomalie de coagulation que présentent les hémophiles ne tient pas à la présence de substances anti-coagulantes dans leur sang. Cette anomalie est provoquée par l'absence ou l'altération de certaines substances normales, probablement du ferment coagulant, la fibrine-ferment ou thrombase. Il suffit d'en remettre des traces avec du sérum normal pour rendre la coagulation normale. Le sérum humain peut d'ailleurs être remplacé par un sérum animal, tel que le sérum de bœuf.

Il est probable que la cause des hémorragies hémophiliques n'est autre qu'un manque de production ou un trouble dans la formation de fibrine-ferment. Il y a soit athrombasie, soit disthrombasie, plutôt disthrombasie puisque la coagulation finit par se faire spontanément *in vitro* et qu'elle est favorisée par les sels de chaux.

Et maintenant, pourquoi certains sujets deviennent-ils hémophiles ? Quelle cause doit-on incriminer ?

Aucune réponse ferme n'est possible à l'heure présente, dit M. P.-E. Weil.

MM. Gilbert et Lereboullet, qui ne font point de distinction entre les formes de l'affection, attribuent

au foie un rôle dans la genèse de l'hémophilie : l'hémophilie, maladie familiale, ferait partie de la cholémie, maladie également familiale dont elle constituerait une des formes hémorragiques.

En faveur de cette opinion militent les arguments suivants : d'une part, l'expérimentation prouve l'importance qu'exerce le foie sur la crase sanguine, en attribuant pour la plus grande partie à ce viscère l'incoagulabilité de certains sangs (sang de peptone, d'extraits organiques) ; d'autre part, la nosographie démontre également le même fait, les lésions du foie étant un des facteurs de l'hémorragie dans le purpura. Par conséquent, le raisonnement par analogie nous autorise à incriminer dans l'hémophilie soit un trouble fonctionnel, soit une lésion du foie.

Mais ni la recherche des antécédents hépatiques, ni les stigmates cholémiques ne sont constamment positifs dans aucune des deux classes d'hémophilie (hémophilie acquise et familiale), sauf le cas de notre malade qui eut un ictère, aucun des parents n'eut de notables symptômes hépatiques dans la forme familiale ; un de nos hémophiles avait eu trois crises de coliques biliaires, dont une aggravée d'ictère.

Le sérum recueilli chez nos différents sujets ne se montra plus coloré que chez un seul ; chez tous les autres, le taux cholémimétrique du sérum ne semblait pas augmenté. La cholémie ne paraît donc évidente que chez trois malades sur six, mais le foie

peut probablement encore agir sur le sang pour l'altérer, par d'autres mécanismes.

En tous cas, à côté des facteurs hépatiques, plusieurs autres doivent intervenir, plus ou moins importants, quoique indéterminés. En effet, parmi les hépatiques, ceux qui présentent des troubles hématiques sont relativement rares, et ces troubles se manifestent plus souvent sous la forme clinique de purpura que d'hémophilie. »

Laquelle de toutes ces explications pathogéniques pouvons-nous appliquer aux cas, qui nous intéressent, de varicelle hémorragique ?

Nous avons à choisir entre trois hypothèses : épidémie, état antérieur du sujet et hémophilie.

L'hémophilie n'est pas applicable à nos observations personnelles, ni même aux autres, sauf à l'une d'entre elles.

L'épidémie ne paraît pas agir non plus.

Reste donc l'état antérieur du sujet. Cette explication de la forme hémorragique de la varicelle est applicable à quelques-unes de nos observations. La pathogénie des autres cas reste obscure pour le moment.

On comprend dès l'abord qu'avec cette différence dans le mécanisme pathogénique de l'hémorragie, il doit y avoir des différences de pronostic.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de la varicelle ordinaire est en général bénin. Les complications que l'on y rencontre assez fréquemment n'entraînent pas la mort en général.

En est-il de même dans les cas de varicelle hémorragique ?

Nous avons publié 13 observations de varicelle hémorragique ; sur les 13 cas, 4 ont eu une terminaison fatale. A ne considérer que ce chiffre global, on serait tenté de conclure à la gravité du pronostic de l'affection.

Sur ces 13 cas, 3 concernent des adultes, dont deux ont guéri, et dont le troisième est encore en traitement à l'hôpital, mais en bonne voie de guérison.

Parmi les cas observés chez l'enfant, il en est où le processus hémorragique ne se manifestait qu'au niveau des éléments éruptifs, sans atteindre ni muqueuses, ni différents viscères. La terminaison fut favorable.

Si l'on analyse les cas qui se sont terminés par la

mort, on voit que dans tous, on était en présence de varicelles hémorragiques s'accompagnant des hémorragies des muqueuses et viscérales, comme dans les cas habituels de forme hémorragique des maladies infectieuses.

Non pas que les formes hémorragiques de ce dernier type doivent fatalement se terminer par la mort, puisque nous avons cité quelques observations de cas de ce genre terminés par la guérison. Nous avons même un cas de guérison chez un hémophile et chez un enfant ayant présenté des hémorragies particulièrement intenses.

Dans une affection aussi rare que la varicelle hémorragique, et autant que l'on peut conclure d'une statistique portant sur un aussi petit nombre de cas, on peut dire que le pronostic est favorable dans les cas de varicelle hémorragique où le processus ne se manifeste qu'au niveau des éléments cutanés ; le pronostic est réservé, au contraire, dans les cas où ce processus hémorragique atteint les muqueuses, c'est-à-dire dans les cas que nous appellerons varicelle hémorragique vraie.

Mais, dans ce groupe, le pronostic réservé n'est pas fatal.

En effet, si nous nous rapportons aux 4 cas cités qui se sont terminés par la mort, il nous semble que, dans 3 cas au moins, nous avons le droit de chercher l'explication de la gravité de cette affection dans l'état antérieur du sujet : dans 2 cas, les sujets étaient atteints d'affections qui devaient singuliè-

rement diminuer leur résistance, une gastro-entérite chez l'un, une tuberculose chez l'autre. Pour le troisième, c'est dans les antécédents héréditaires que résideraient peut-être les éléments du pronostic . des deux ascendants directs, l'un est tuberculeux, l'autre est diabétique.

Nous ne pouvons trouver d'explications de ce genre dans le quatrième cas de terminaison fatale ; pas de cause de déchéance de l'organisme, pas d'hémophilie. Nous sommes obligé, dans ce cas, de faire intervenir l'intensité de virulence spéciale de l'agent pathogène.

Que conclure au point de vue pratique ? C'est que, dans une varicelle à éléments éruptifs hémorragiques, nous continuerons à porter le pronostic favorable habituel à la varicelle simple et que dans la varicelle hémorragique vraie, le pronostic, plus réservé, dépend, avant tout, de l'état général du sujet, et ensuite de l'intensité et du siège des hémorragies et des autres complicationrs.

Nous ne voulons pas parler ici du traitement. C'est le traitement habituel de la varicelle et le traitement spécial à chaque complication.

Seul le cas de varicelle hémorragique par hémophilie nécessitera un traitement en quelque sorte spécifique par l'injection de sérum de bœuf selon la méthode de P.-E. Weil.

CONCLUSIONS

La varicelle hémorragique est rare. Néanmoins, il semble que l'on peut en décrire deux types :

1° Une varicelle à éléments éruptifs hémorragiques ;

2° Une varicelle hémorragique vraie, s'accompagnant d'hémorragies diverses et d'un état général grave.

Dans la première forme, le pronostic reste bénin, comme dans toute varicelle.

Dans la seconde forme, le pronostic est celui des formes hémorragiques des fièvres éruptives.

Vu : Le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andrew. — Transactions of the Clinical Soc iety, 1890, in Marie, Thèse de Paris, 1893-1894.

Bouchard. — Traité de Pathologie générale, t. III. Thèse d'Agrégation, 1869.

Chambard. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, art. Varicelle.

Guibout. — Gaz. des Hôpitaux, 1876. De la Varicelle.

Grancher et *Comby.* — Traité des Maladies de l'Enfance, t. I.

Gaillard-Brouardel et *Gilbert.* — Traité de Médecine, t. II, art. Varicelle.

Marie. — Thèse de Paris, 1893-1894. Les Eruptions dans la Varicelle.

Mullet. — Deutsche Medisciniche Wochenschrift, 1901. Meissen.

Œtenger. — Semaine médicale, 1894.

Porter. — Lancet. Lond., 1907. A case of confluent Hæmorragic, eruption in varicella.

Rundle. — Lancet. Lond., 1906.

Rosenblat. — Przegl. lekarsky Krakow, 1892.

Renaut. — Dict. encyclop. des Sciences. Hémorragies.

Stempel. — Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Iéna, 1900, die Hælmophilie.

Weil (P. E.). — Bull. et Mém. Soc méd. des Hôp. de Paris, 1906.

— Presse méd., 1905.

— Tribune méd. Paris, 1906.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.

152

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE